

Suspensión temporaria del tratamiento

Paciente Causante	N° de DNI
-------------------	-----------

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de _____ del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la prestación _____ (ejemplo, Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc) con el profesional y/o institución _____ por encontrarse imposibilitado a causa de _____

Firma	Aclaración	DNI
.....

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.